

ICS

CCS 点击此处添加 CCS 号

DB 23

黑 龙 江 省 地 方 标 准

DB 23/T XXXX—XXXX

养老机构失智症老人照护规范

Care specifications of old people with dementia for senior care organization

（征求意见稿）

联系人：孙晓红；

联系单位：哈尔滨市安康社会福利院；

联系地址：哈尔滨市松北区利民开发区安康路 3 号；

电子邮箱：497876905@qq.com

电话号码：0451—56830193

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

XXXX – XX – XX 发布

XXXX – XX – XX 实施

黑龙江省市场监督管理局 发 布

目 次

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 基本要求 2

 4.1 环境 2

 4.2 设施设备 3

 4.3 人员要求 3

 4.4 照护安全管理及要求 3

5 老年人能力评估 4

6 服务内容 4

 6.1 生活照料 4

 6.2 基础护理 6

 6.3 康复护理 7

 6.4 心理护理 7

 6.5 异常精神行为照护 7

7 服务评价 8

 7.1 评价原则 8

 7.2 评价主体 8

 7.3 评价指标 8

 7.4 评价方法 8

8 服务质量改进 8

 8.1 服务质量信息反馈 8

 8.2 信息处理 8

 8.3 机构管理服务质量改进 9

附录 A（资料性） 走失风险评估表 10

附录 B（资料性） 焦虑自评量表 12

附录 C（资料性） 老人的抑郁量表 14

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些部分可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由黑龙江省民政厅提出。

本文件由黑龙江省养老服务专业标准化技术委员会归口。

本文件起草单位：哈尔滨市安康社会福利院。

本文件主要起草人：孙晓红。

养老机构失智症老人照护规范

1 范围

本标准主要规定了养老机构失智症老人的能力评估标准，照护服务内容，服务质量评价体系，服务质量改进措施。

本标准适用于养老机构失智症老人的照护。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 19012 投诉处理指南标准

GB/T 42195 老年人能力评估

GB/T 50340 老年人居住建筑设计规范

GB 50763 无障碍设计规范

JGJ 450 老年人照料设施建筑设计标准

MZ/T 032 养老机构安全管理

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

失智症

因脑部伤害或疾病所导致的渐进性认知功能退化，且此退化的幅度远高于正常老化的进展，特别会影响到老年人记忆、注意力、语言、解题能力的一种症状。

3.2

认知

人脑接受外界信息，经过加工处理，转换成内在的心理活动，从而获取知识或应用知识的过程。它包括记忆、注意、语言、视空间、执行、推理、计算和理解判断等多种领域。

3.3

认知障碍

在认知中的一项或多项受损，它可以不同程度影响患者的社会功能和生活质量，严重时甚至导致患者死亡。

3.4

老年痴呆

以认知障碍表现为核心，伴有精神行为症状，导致日常生活能力下降的一组疾病。按病因可分为阿尔茨海默病、血管性痴呆、额颞叶痴呆、路易体痴呆、帕金森痴呆和其他类型的痴呆。

3.5

阿尔茨海默病

在老年痴呆中最常见， 占有所有痴呆类型的60%。是发生在老年期及老年前期的一种原发性退行性脑病，指的是一种持续性高级神经功能活动障碍，即在没有意识障碍的状态下，记忆、思维、分析判断、视空间辨认、情绪等方面的障碍。主要包括（1）感知障碍，入感觉过敏、感觉迟钝、内感不适、感觉变质、感觉剥夺、病理性错觉、幻觉、感知综合障碍；（2）记忆障碍，入记忆过强、记忆缺损、记忆错误；（3）思维障碍，如抽象概念过程障碍、联想过程障碍、思维逻辑障碍、妄想等。

3.6

谵妄症

属于意识内容的改变，其病理基础是整个大脑皮质功能的障碍，谵妄症是较意识模糊更为严重的意识障碍类型。谵妄症的临床特征中以注意的缺损、意识水平低下、知觉紊乱及睡眠觉醒周期的紊乱为主要症状。

3.7

能力

个体顺利完成某一活动所必需的主观条件。

3.8

生活照料

为老年人提供饮食、排泄、睡眠、清洁、着装照料等服务。

3.9

基础护理

以患者为中心，针对患者的生理、心理、社会、精神及文化等各个层面的健康问题，运用护理学的基本理论、基础知识和基本技术，采取科学有效的护理对策，满足患者的需要，使其尽可能恢复到最佳健康状态下的护理。它是各专科护理的基础。

3.10

心理护理

以心理学的理论为指导，以良好的人际关系为基础，运用心理学的方法，通过语言和非语言沟通，改变老年人不良的心理状态和行为，促进康复或保持健康的护理过程。

3.11

健康管理

对老年人健康进行全面评估、分析、干预，预防各种疾病的发生、发展，维持并促进老年人健康的过程。

3.12

照护人员

养老机构为失智老年人提供生活照料、康复训练、异常行为照护、膳食服务、安全防护等相应服务的人员。

4 基本要求

4.1 环境

- 4.1.1 环境设计及无障碍设计应符合 GB 50763、JGJ450 的相关规定要求。
- 4.1.2 应设立失智症老年人的专用照护场所与公共活动空间，避免喧哗或嘈杂。专用场所出入口处宜进行隐蔽化设计，如涂上与墙体相同的颜色；窗户应限位，并确保通风良好。
- 4.1.3 场所的活动路线应保持室内与室外区域、不同功能区域间闭环连续。
- 4.1.4 空间设计应符合失智症老年人文化背景及兴趣爱好，有益于老年人怀旧，注重保护失智症老年人的隐私，促进老年人社交与互动，提供被有效限制的安全徘徊路径。
- 4.1.5 室内环境设计色彩、装饰物、标识标牌等应易于辨识，并避免尖锐物、刺激物及色彩。
- 4.1.6 不同区域应采用辨识度明显的颜色或图案进行区分，如老人居室门口、卫生间周围等采用明显颜色或便于失智老年人标识的图案进行标记。
- 4.1.7 宜设置理发店、理疗室、健身室、超市等功能单元，满足失智症老年人激活训练的需求。

4.2 设施设备

- 4.2.1 服务场所建筑及设施设备应符合 GB/T50340、GB50763 的相关规定。
- 4.2.2 服务场所采用区域管理，应在醒目位置设护理站，站内安排工作人员 24 小时值守。
- 4.2.3 应根据老年人失智类型、程度及其行为特征合理分配房间或床位，床与床之间配置私密性隔断。
- 4.2.4 活动空间、休息空间布局合理，面积充足，合理安装防护栏；电线、插座及电器开关应有防护措施；家具要简单、便捷、无锐角。
- 4.2.5 私人空间应配备安全防护设备，包括安全床档、风险提示标识安全扶手、安全感应装置和紧急呼叫系统等。
- 4.2.6 公共区域应设置电子监控装置、呼叫器、门禁系统、红外线报警系统或感应器等智能化设施设备。
- 4.2.7 应配置娱乐、康复训练所需的设备设施。
- 4.2.8 失智老年人个人用品宜注明个人基本信息。

4.3 人员要求

- 4.3.1 宜具备医生、护士、社工师、康复治疗师、营养师、心理咨询师哪个专业服务的资质，照护人员应经过失智症专业培训并获得技能评价等级证书。
- 4.3.2 应具有职业责任感和职业道德，尊重、理解失智老年人，以同理心知晓其所需。
- 4.3.3 应掌握失智老年人的基本信息，包括姓名、性别、年龄、爱好、病情、照料重点等内容。
- 4.3.4 应定期参加失智老年人照护课程的培训学习。
- 4.3.5 应具备较强的协调能力，善于与失智老年人及其家属沟通。
- 4.3.6 应具备使用非药物照护方法的能来，如陪伴、认同、现实导向、怀旧、感官、园艺、宠物、音乐、作业疗法等。
- 4.3.7 应具备针对失智老年人情绪失控、暴力攻击等行为的预防及处理能力。
- 4.3.8 应具备应对和处理应急事件的能力。
- 4.3.9 应掌握自我保护、安全防护技能，具有良好的自我情绪管理能力。

4.4 照护安全管理及要求

- 4.4.1 服务安全应符合 GB38600 的规定。
- 4.4.2 应对失智老人进行评估，依据评估结果确定服务等级，制定失智照护方案。
- 4.4.3 应对失智照护潜在风险进行识别、分析并制定风险防控预案。
- 4.4.4 应将风险和保护措施告知老年人及其监护人，并签署知情同意协议。
- 4.4.5 应对有走失风险的失智老年人重点观察、巡查、交接班核查。

- 4.4.6 服务与管理记录应完整准确，主要包括异常精神行为记录、巡查记录、交接班核查记录等。
- 4.4.7 应为老年人提供安全的居住环境，采取有效措施，消除不安全因素，如尖锐器具、有毒物品和药物等。
- 4.4.8 对于失智症老年人出现伤人、自伤或毁物等情况时，及时通知家属，对老年人采取保护性约束，并记录起止时间、原因及身心状况。
- 4.4.9 如果老年人有异常行为，应及时通知家属，建议转入专业医院。

5 老年人能力评估

- 5.1 老人能力评估应符合 GB/T 42195 标准。
- 5.2 应对失智老年人进行入院评估、定时评估、即时评估，评估内容应包括日常生活能力、精神状态、感知觉与沟通、社会参与。
- 5.3 应对有异常精神行为的失智老年人进行风险评估、风险评估内容包括走失风险评估（见附录 A）、焦虑评估（见附录 B）、抑郁评估（见附录 C）。

6 服务内容

6.1 生活照料

6.1.1 饮食照料

- 6.1.1.1 蔬菜要多：新鲜蔬菜含有丰富的维生素 C、矿物质及纤维素，对保护心血管和防癌、防便秘有重要作用，老年人每天的蔬菜摄入量应不少于 250g。
- 6.1.1.2 食物要杂：蛋白质、脂肪、糖、维生素、矿物质和水是人体所必需的六大营养素，这些营养素广泛存在于各种食物中。每天的主副食品品种应保持 10 种左右，可以平衡吸收营养，保持老年人身体健康。
- 6.1.1.3 味道要淡：老年人每天对食盐的摄入量应以 6~8g 为宜，摄入过多会增加心脏、肾脏的负担，易引起血压增高。
- 6.1.1.4 评估失智老年人进食情况给予适当饮食照料，尊重老年人用餐习惯。
- 6.1.1.5 提供整洁、明亮、安全的用餐环境。
- 6.1.1.6 餐桌、餐布、餐具、食物色彩应对比鲜明，避免复杂图案。
- 6.1.1.7 准备易拿、易握、易持，不易打碎的餐具。
- 6.1.1.8 定量进食，注意营养元素搭配及热量供给，保持相对固定的时间和地点进食，照护人员应记录餐前、餐后情况。
- 6.1.1.9 鼓励、引导失智老人自行进食。
- 6.1.1.10 注意食物形状及形状，确保温度适宜，密切观察失智老人进食情况，适当给予进餐示范。
- 6.1.1.11 护理长期卧床的失智老年人，尽可能采用坐位以防止呛咳，床头需抬高 30~45° 角，颈下垫入枕，以便于食物下咽。同时可使用跨床小桌，让老年人能看到饭菜，以便增进食欲。
- 6.1.1.12 做好鼻饲进食老年人的护理，采取有效措施防止自行拔管。
- 6.1.1.13 失智老年人常出现忘记吃过饭，不能专心吃饭或者食物含在嘴里久久不能下咽，就餐期间关闭音响设备，尽量避免打搅老年人就餐。每吃一口检查老年人是否已经咽下食物，如将食物含在嘴里，可轻触老年人嘴角或下颚，帮助老年人咀嚼和吞咽。
- 6.1.1.14 失智老年人会无饱足感，不断要求进食，应少量多餐，适当添加水果、酸奶、坚果等。

- 6.1.1.15 当老年人拒绝用餐时，应了解原因，不强迫进食并考虑老年人用餐习惯，可提供老年人喜欢吃的健康食物，替代正餐，以保证身体所需能量。
- 6.1.1.16 失智老年人对冷热感知不准确，要避免过凉、过烫的食物及饮品。
- 6.1.1.17 老年人用餐时不评价进食情形，不催促用餐，保护老年人自尊心。
- 6.1.1.18 餐前、餐后应为失智老年人清洁手部。
- 6.1.1.19 餐后为失智老年人清洁口腔，确保老年人口腔中无残留的食物。

6.1.2 饮水照料

- 6.1.2.1 应根据失智老年人饮水情况，适时询问、提示、协助老年人饮水。
- 6.1.2.2 饮水前，应注意饮水水温。
- 6.1.2.3 水杯宜选用刻度量杯，准确记录老年人饮水量，避免夜间饮水过多。
- 6.1.2.4 对于吸吮功能尚可的失智老年人，应准备汤匙或吸管。

6.1.3 排泄照料

- 6.1.3.1 护理二便失禁的失智老年人时，注意排泄会使营养大量流失，水分和电解质丢失过多，造成老年人身体虚弱，故应卧床休息，减少活动，减少能量的消耗。对于弄脏衣裤的失智老年人，应及时更换衣裤、尿垫或纸尿裤，做好皮肤清洁。
- 6.1.3.2 通过饮食疗法如进食多纤维、低脂肪、流质饮食，以刺激胃结肠反射并使粪便质地正常化。
- 6.1.3.3 照护者应对失智老年人的排便情况进行监控，采取排便训练，建立排便时间，通过生物反馈训练肛门括约肌活动，以提高病人对直肠扩张的感受性和警觉性。
- 6.1.3.4 采用“标示”引导，并定时提醒老年人，到指定地点排便，防止老年人随时随地大小便。
- 6.1.3.5 分析老年人失禁的原因，采取应对措施，帮助老年人减轻因二便失禁带来的羞耻感。
- 6.1.3.6 失智老年人穿简单、易松解的裤子，观察老年人需要排泄时的反应，如在房门外徘徊、拉扯裤子、坐卧不安等，照护者应引导，协助如厕。
- 6.1.3.7 便秘的老年人，保证每日水份的摄入，定时陪同老年人散步，可促进肠蠕动。必要时在医生的指导下增加药物治疗。
- 6.1.3.8 应随时观察留置导尿的失智老年人的导尿管有无脱落、打折、移位，保持导尿管通畅，观察尿液的颜色和尿量，定期更换导尿管、尿袋，注意观察会阴部皮肤情况，保持会阴部清洁、干燥。
- 6.1.3.9 应及时为肠造瘘的失智老年人更换粪袋，清洁造瘘口及周围皮肤。

6.1.4 睡眠照料

- 6.1.4.1 通过对房间色彩、灯光、物品等环境的合理布置，促进老年人的睡眠。
- 6.1.4.2 识别老年人睡眠障碍，及时给予心理疏导，或通过药物调理，保障睡眠质量。
- 6.1.4.3 确保老年人睡眠过程中的安全，定时查房或调整老年人睡眠姿势，防止坠床或压疮。
- 6.1.4.4 睡眠周期较乱，可增加日间活动，晒太阳、散步、涂画、唱歌等。缩短午休时间，保证夜间的睡眠质量。

6.1.5 清洁照料

- 6.1.5.1 定期协助老年人洗澡，并更换衣物，清洗床品。
- 6.1.5.2 提醒或协助老年人，每天洗漱，并注意做好安全防范。
- 6.1.5.3 老年人情绪平静，愿意配合的情况下安排清洁。
- 6.1.5.4 清洁前与老年人充分沟通，一步步告知老年人，注意保护老年人隐私。
- 6.1.5.5 帮助老年人试好水温，动作轻柔，有耐心，清洁过程中及时询问老年人感受。

6.1.6 着装照料

- 6.1.6.1 定期协助老年人整理衣柜，放置适合季节的衣服。
- 6.1.6.2 选择柔软舒适、透气，便于穿脱的衣服。
- 6.1.6.3 选择防滑、合脚的鞋子，避免系带繁琐的款式。
- 6.1.6.4 鼓励老年人自己穿衣，穿着不当时，以温和态度引导老年人，给予简单的提示和鼓励，保持其自尊心。
- 6.1.6.5 老年人拒绝穿衣时，不强迫老年人，可以暂缓，稍后再做尝试。同时注意环境温度，避免着凉。

6.2 基础护理

6.2.1 应急救护

- 6.2.1.1 海姆立克急救法：紧急应对老年人异物卡喉及异物进入消化道、呼吸道。
- 6.2.1.2 烫伤现场处理：首先做好预防，老年人饮用水温度需调节适宜，开水房的门要上锁，张贴“小心烫伤”标识。发生轻度、小面积烫伤后要立即降温，用冷水或冰水浸泡或冲淋患处，这样可减少皮肤损伤；如果皮肤上的水泡已破或已剥脱，清洁、消毒、涂烫伤膏并包扎伤口。严重、大面积烫伤，及时快速去除烫伤皮肤表面的衣服，给予皮肤降温，覆盖无菌敷料，及时送医。不能包扎的伤口，可采用暴露法，保持创面清洁、干燥。
- 6.2.1.3 暴力事件应急处理：出现暴力行为，首先思考发生暴力行为的原因及诱因，照护者可以离老人稍微远一点，避免受伤，同时可以减轻照料对象的防御反应，利于老人逐渐放松。保持镇静，用温和的语态安慰老人，转移注意力，平复情绪。出现这样的行为，是老人感到威胁后自我保护的一种反应，为老人提供服务前，要与之充分沟通，告知老人接下来将要做什么，取得同意后，方可执行。
- 6.2.1.4 自杀及自残事件的预防和应急处理：日常的相处中，要及时了解老人的心理动态情况，适时给予疏导。多倾听老人的诉说，及时满足需求。当老人有自杀倾向时，没收私藏药品及锐利危险物品，密切观察心理及行为动态，同时查找自杀原因，做好沟通。当发现自杀或自残后，注意关注老人情绪变化，拨打急救电话送医。
- 6.2.1.5 药品中毒急救处理：照顾者需熟悉药品的作用及不良反应。具备基本处理问题的能力，如头晕、恶心、腹泻等。当发生药品中毒反应时，要明确导致中毒的根源，尽量弄清是什么药物引起的，并保留剩余药品。以催吐、导泄等措施阻止毒素吸收，紧急送医救治。

6.2.2 用药照料

- 6.2.2.1 药品的妥善管理及药物副作用的预防：失智老人的药品由专人保管，定时发放。定期检查药品质量、有效期。按照医嘱确认服药次数、服用剂量，准确合理用药，不得擅自停药，更改用药剂量。用药过程中，出现异常症状，应及时停药。
- 6.2.2.2 合理安排服药时间，并做好饮食搭配：照护者要清楚服药时间的选择，清楚药物用法、药物半衰期，从而控制给药间隔时间，保证用药效果。了解药物与食物搭配禁忌。如抗生素与牛奶冲突。牛奶会降低抗生素活性，使药物无法发生作用；钙片与菠菜冲突。菠菜含大量草酸钾，进入体内后电解质的草酸根离子会沉淀钙离子，妨碍钙在人体内吸收。
- 6.2.2.3 积极应对老年人拒服药的情况，及时调整用药方式和护理措施，降低用药风险。

6.2.3 临终关怀

- 6.2.3.1 运用肢体语言，为临终老年人提供慰藉支持及家属安慰工作。
- 6.2.3.2 对安宁疗护室进行布置，创造安全、舒适的环境，缓解临终老年人及家属的心理压力。

6.3 康复护理

- 6.3.1 智力训练：根据患者的病情和文化程度，开展数学运算，由简单到复杂、反复进行训练。
- 6.3.2 强化记忆：古诗、顺口溜等文字的记忆背诵，以帮助失智老年人增强记忆。
- 6.3.3 生活训练：引导并带领失智老年人，做些力所能及的家务，如扫地、擦桌子、整理床铺等，训练生活自理能力。
- 6.3.4 思维速度及反应的训练：以生活化联系改善老年人日常生活思维及反应速度，例如：阅读、书写、对答、聆听、计算等。
- 6.3.5 定向力训练：使用纸卡片、写字板或家用黑板等，记录和学习当天的信息，用正确的方法反复提示定向信息，使失智老年人的大脑不断地接受刺激信息，使其定向能力提高。

6.4 心理护理

- 6.4.1 常用老年人心理护理的方法，主要采取支持性心理治疗、认知心理治疗、放松训练、音乐治疗等技术。
- 6.4.2 支持性心理治疗是指咨询师通过积极倾听、启发、鼓励和指导、合理的解释、积极暗示、提供必要保证、改变生活环境等方法，帮助老年人表述情绪和情感、认识观点、内心需要和期望及消除内心疑虑、缓解情绪、改善人际关系、矫正不良行为、增强生活和战胜疾病的信心的过程。在进行支持性心理咨询或治疗过程中，心理辅导服务人员始终保持真诚、无条件的积极关注和共情的态度非常重要。
- 6.4.3 认知心理治疗根据认知过程影响情感和行为的理论假设，通过认知行为技术来改变老年病人不良认知的一类心理治疗方法的总称。认知治疗的策略主要有：教育、认知重建、角色转换、向下比较等。认知心理治疗的方法以理性情绪疗法(rational emotive therapy, RET)最为常用。

6.5 异常精神行为照护

- 6.5.1 异常精神行为和表现见表 1。

表 1 异常精神行为和表现

异常精神行为	表现
焦虑/抑郁	情绪低落、易紧张、敏感、坐立不安、过分担心
偏执/猜疑	多疑、警惕、难以相处、怀疑东西被偷、怀疑被害
脾气暴躁/毁物伤人	易激动、愤怒、有故意损坏物品及骂人、扔东西、踢、打、咬等身体攻击行为
兴奋/恐惧	言语增多、易恐惧尖叫、不恰当的言语及行为
反复言语/重复动作	重复一件事或行为，如重复卷起衣角、反复开关抽屉、摸索某样东西
日夜颠倒/夜间漫游	睡眠颠倒、白天睡觉、晚上起床、漫游反复去厕所或做无意义的事，有时候到处敲打
妄想与幻觉	被害妄想、幻视、幻听、自诉看到或听到不存在的影像或声音
依赖/幼稚	对照顾者特别依赖、离开后惊恐、哭闹、行为幼稚
冷漠	对曾经关心的事情失去兴趣，丧失对亲人关切或担忧的能力

6.5.2 异常精神行为照护

6.5.2.1 服务要求

- 6.5.2.1.1 应及时了解诱因，同理接纳，缓解紧张情绪，不应指责、激惹。
- 6.5.2.1.2 应使用关爱性语言进行沟通、倾听叙述，如使用积极暗示淡化失智老年人的猜疑心。
- 6.5.2.1.3 应引导参与事宜的锻炼，安排有规律、符合兴趣的社交活动，如读书、下棋等。
- 6.5.2.1.4 对异常精神行为可能造成的安全风险的老年人，照护人员宜陪伴其单独居住，妥善放置危

险物品，并做好自我保护。

6.5.2.2 功能促进

6.5.2.2.1 应结合老年人的状况，选取适宜的娱乐活动，如棋牌、麻将、合唱、舞蹈、体操等。

6.5.2.2.2 应通过手工、园艺或厨艺活动锻炼提升老年人手眼协调及执行能力，如折纸、栽培、插花、烘焙等。

6.5.2.2.3 应通过音乐活动引起老年人感官刺激，缓解抑郁，如播放音乐、弹奏乐器，演唱歌曲等。

6.5.2.2.4 应通过益智活动维持提升老年人认知加工能力，如地点认知、颜色认知、看图说事、拼图。

6.5.2.2.5 应运用怀旧方法改善老年人思维能力、唤起回忆，如翻看旧照片、观察旧物件等。

6.5.2.2.6 宜通过定向运动锻炼提升老年人注意力、定向力。

6.5.2.2.7 宜通过芳香疗愈活动舒缓老年人焦虑、易怒的情绪、改善睡眠，如按摩、沐浴、熏香等。

7 服务评价

7.1 评价原则

服务评价遵循客观、独立、公正、效率的原则。

7.2 评价主体

7.2.1 管理部门对服务人员进行评价。

7.2.2 评价主体分为服务人员自我评价、服务对象评价、委托第三方评估。

7.3 评价指标

评价指标从服务对象满意度、家属/监护人满意度、服务项目完成率等方式委托第三方进行评估。

7.4 评价方法

7.4.1 评价方法从意见征询、服务项目开展情况检查、服务对象满意度评估、服务项目改进方式进行评价。

7.4.2 服务管理部门根据定期或不定期的评价结果，应组织服务人员对不合格项进行分析，结合老年人及家属的建议，提出改进和预防措施，并实施。

8 服务质量改进

8.1 服务质量信息反馈

8.1.1 服务机构也应当提供服务质量信息反馈的渠道，主要包括网络、电话、信函等形式。

8.1.2 应做好如下记录，包括但不限于：

a) 反馈人的姓名、地址和联系方式；

b) 反馈的主要内容、情况、改进意见和建议。

8.2 信息处理

8.2.1 机构应制定信息处理表格，以便对反馈信息进行统计分析。

8.2.2 应对投诉信息进行分析并按照服务承诺进行处理，投诉处理时限应不超过十个工作日，投诉处理应符合 GB/T 19012 规定。

8.3 机构管理服务质量改进

8.3.1 机构根据服务对象的需求和社会经济发展情况调整补助标准和服务对象分类标准，分类标准可不断扩大居家养老服务范围，逐步提高补助标准。

8.3.2 服务管理部门应根据考评情况、服务对象投诉情况、定期对服务人员及服务项目进行调整，对服务评价低的服务人员予以淘汰或降级处理。

8.3.3 服务人员应根据评价过程中发现的问题与建议，及时改进，不断提高服务质量。

附录 A
(资料性)
走失风险评估表

A.1 表 A.1 给出了走失风险评估表的样式。

表 A.1 走失风险评估表

项 目		评估	分值
基本资料	年龄	年龄≥60	1
		年龄<60	0
	性别	男	1
		女	0
	文化程度	受过高等教育	0
		未受过高等教育	1
定向能力	说出今天的具体时间（年、月、日、星期）	可以	0
		不可以	1
	说出具体的所处的位置（省、市、县、乡镇、街道）	可以	0
		不可以	1
既往史	有无走失现象	有	1
		无	0
意识状态	有无意识障碍（谵妄）	有	1
		无	0
心理状态	情绪低落、焦虑抑郁等	有	1
		无	0
疾病史	心脑血管病变（脑出血、脑梗塞、脑萎缩等）	有	1
		无	0
	术后认知功能障碍	有	1
		无	0
	定向障碍（肝炎、肝性脑病、酒精性脑病等）	有	1
		无	0
	记忆或认知功能障碍（智障、老年痴呆、癫痫等）	有	1
		无	0
	精神行为异常（精神分裂、抑郁、脑炎、癫痫等）	有	1
		无	0
药物影响认知	三环类抗抑郁药（丙咪嗪、阿米替林、多虑平、氯丙咪嗪）	有	1
		无	0
	抗癫痫药物（苯巴比妥、苯妥英钠、卡马西平等）	有	1
		无	0
	组胺H2受体拮抗剂（西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁）	有	1
		无	0
	心脏药物（地高辛）	有	1

		无	0
	受体阻滞剂（心得安、倍他乐克、康可）	有	1
		无	0
	总分		
注：评分越高，走失风险越高			

附录 B
(资料性)
焦虑自评量表

B.1 表 B.1 给出了焦虑自评量表的样式。

表 B.1 焦虑自评量表 (SAS)

序号	项目	没有或偶尔	有时	经常	总是如此	得分
1	我觉得比平常容易紧张和害怕	1	2	3	4	
2	我无缘无故感到害怕	1	2	3	4	
3	我容易心里烦乱或觉得惊恐	1	2	3	4	
4	我觉得我可能将要发疯	1	2	3	4	
5	我觉得一切都好，也不会发生什么不幸★	4	3	2	1	
6	我的手脚发抖打颤	1	2	3	4	
7	我因为头疼、颈部痛、背部痛而苦恼	1	2	3	4	
8	我感到容易衰弱和疲乏	1	2	3	4	
9	我觉得心平气和，并且容易安静坐着★	4	3	2	1	
10	我觉得心跳很快	1	2	3	4	
11	我因为一阵阵头晕而苦恼	1	2	3	4	
12	有过晕倒发作或晕倒的感觉	1	2	3	4	
13	我呼气、吸气都感到很容易★	4	3	2	1	
14	我手脚麻木和刺痛	1	2	3	4	
15	我因为胃痛和消化不良而苦恼	1	2	3	4	
16	我常常要小便	1	2	3	4	
17	我手脚常常是干燥温暖的★	4	3	2	1	
18	我脸红发烧	1	2	3	4	
19	我容易入睡，并且一夜睡得得很好★	4	3	2	1	
20	我做重梦	1	2	3	4	
21	标准分（Y 分）=总得分*1.25		总得分=			
分析 评定	（1）分界线：Y 分为 50 分：50 分以下无焦虑，保持良好心态。					
	（2）轻度焦虑：Y 分为 50—59 分：轻度焦虑，需要自我调整。					
	（3）中度焦虑：Y 分为 60—69 分：中度焦虑，需要他人帮忙化解。					
	（4）重度焦虑：Y 分为 70 分以上：重度焦虑，需要专业的心理咨询或治疗。					

注：1. 上表有 20 条文字，请仔细阅读每一条，把意思弄明白，每一条文字后有四级评分，表示没有或偶尔、有时、经常、总是如此。然后根据您近一星期的实际情况，在分数栏 1—4 分适当的分数下划“√”。

2. 有★标识的项目分值设置与其他项相反，填写时注意避免填错。

3. 对于因身体原因或文化水平无法填写表格的老年人，需要监护人在场的情况下由工作人员咨询老年人，由监护人填写并签字确认。

附 录 C
(资料性)
老人的抑郁量表

C.1 表 C.1 给出了老人的抑郁量表的样式

表 C.1 老人的抑郁量表（GDS）

序号	内 容	是	否
1	你对生活基本满意吗？	0	1
2	你是否已经放弃了许多活动和兴趣？	1	0
3	你是否觉得生活空虚？	1	0
4	你是否感到厌倦？	1	0
5	你觉得未来有希望吗？	0	1
6	你是否觉得脑袋里有一些想法摆脱不掉而烦恼？	1	0
7	你是否大部分时间精力充沛？	0	1
8	你是否害怕有不幸的事情落到身上？	1	0
9	你是否大部分时间感到幸福？	0	1
10	你是否感到孤立无援？	1	0
11	你是否经常坐立难安，心烦意乱？	1	0
12	你是否希望待在家里面不愿意去做些新鲜事？	1	0
13	你是否常常担心将来？	1	0
14	你是否觉得记忆力比以前差？	1	0
15	你是否觉得现在的生活很惬意？	0	1
16	你是否感到心情沉重、郁闷？	1	0
17	你是否觉得现在生活毫无意义？	1	0
18	你是否常为过去的事情忧愁？	0	1
19	你觉得生活令人兴奋吗？	0	1
20	你开始一件新鲜的工作困难吗？	1	0
21	你觉得生活充满活力吗？	0	1
22	你是否觉得你的处境毫无希望？	1	0
23	你是否觉得大多数人都比你强的多？	1	0
24	你是否常为小事伤心？	1	0
25	你是否常觉得想哭？	1	0

26	你集中精力困难吗？	1	0
27	你早晨起的很快活吗？	0	1
28	你希望避开聚会吗？	1	0
29	你做决定很容易吗？	0	1
30	你的头脑像往常一样清晰吗？	0	1
分析 评定	0—10 分视为正常范围，即无抑郁症		
	11—20 分显示轻度抑郁		
	21—30 分为重度抑郁		
注：1. 该量表可用口述或书面回答两种方式检查。如用书面形式，让受试者在问题后面的是/否框内打“√”。如口头提问，检查者可能要重复某些问题以获得确切打答案。痴呆严重时，GDS效度下降。GDS在其它年龄段同样适用。 2. 对于因身体原因或文化水平无法填写表格的老年人，需要监护人在场的情况下由工作人员询问老年人，由监护人填写并签字确认。			